

Bedingungen für die Luftfahrt-Unfallversicherung für Piloten von gecharterten Luftfahrzeugen (AVB 210/2017)

1 Gegenstand der Versicherung

- 1.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt
 - 1.2.1 vom Besteigen bis zum Verlassen eines Luftfahrzeugs unter Einschluss von Unfällen während des Ein-/Aussteigens. Versichert sind auch Unfälle bei Zwischenlandungen während des Aufenthaltes auf Flughäfen oder Landeplätzen, ferner bei Notlandungen im unmittelbaren Bereich des Luftfahrzeugs.
- 1.3 Die Leistungsarten, die im Einzelnen versichert werden können, ergeben sich aus Ziffer 6. Aus dem Versicherungsschein, seinen Nachträgen oder dem Antrag ist ersichtlich, welche Risiken und Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.
- 1.4 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.5 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

2 Ausschlüsse

- Kein Versicherungsschutz besteht
- 2.1 für Unfälle
 - 2.1.1 der versicherten Person als Führer eines Luftfahrzeugs, wenn sie bei Eintritt des Unfalls nicht die vorgeschriebenen Erlaubnisse, erforderlichen Berechtigungen oder Befähigungsnachweise hat bzw. sich das Luftfahrzeug nicht in einem Zustand befunden hat, der den gesetzlichen Bestimmungen und behördlichen Auflagen über das Halten und den Betrieb von Luftfahrzeugen entsprochen hat und/oder behördliche Genehmigungen, soweit erforderlich, nicht erteilt waren.
 - 2.1.2 durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
 - 2.1.3 die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
 - 2.1.4 die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.
Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.
 - 2.1.5 die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
 - 2.2 für Gesundheitsstörungen durch Strahlen.
 - 2.3 für Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

- 2.4 für Infektionen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind.
Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung.
Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt Ziffer 2.3, Satz 2 entsprechend.
- 2.5 für Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- 2.6 für Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- 2.7 für Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.4 die überwiegende Ursache ist.
- 2.8 für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

3 Nicht versicherbare Personen

- 3.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sowie Geisteskranke.
- 3.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 3.1 nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung.
- 3.3 Der für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag wird zurückgezahlt.

4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- 4.1 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 5.1 zahlt.
- 4.2 Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
- 4.3 Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
- 4.4 Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- 4.5 Ist nichts anderes bestimmt, endet der Vertrag zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet.

5 Beitragszahlung, Fälligkeit, Verzug

- 5.1 Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Vertrages fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
- 5.2 Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurde. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
- 5.3 Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.



5.4	Die Folgebeiträge werden zu dem vereinbarten Zeitpunkt fällig.	Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
5.5	Wird der Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.	Bein bis unterhalb des Knies	50%
5.6	Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrages, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Ziffern 5.7 und 5.8 mit dem Fristablauf verbunden sind.	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45%
5.7	Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 5.6 darauf hingewiesen wurde.	Fuß im Fußgelenk	40%
5.8	Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 5.6 darauf hingewiesen hat. Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.	große Zehe	5%
5.9	Ist die Einziehung des Beitrages von einem Konto vereinbart, muss der Versicherungsnehmer dafür sorgen, dass der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann. Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.	andere Zehe	2%
5.10	Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrages erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.	Auge	50%
5.11	Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit durch Gesetz nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.	Gehör auf einem Ohr	30%
		Geruchssinn	10%
		Geschmackssinn	5%
		Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.	
		6.1.2.4	Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
		6.1.2.5	Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 6.1.2.3 und 6.1.2.4 zu bemessen.
		6.1.2.6	Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.
		6.1.2.7	Führt ein Unfall nach diesen Bestimmungen und der Anwendung von Ziffer 7 zu einer Invalidität der versicherten Person von mindestens 70 Prozent vor Vollendung des 25. Lebensjahres, 80 Prozent vor Vollendung des 50. Lebensjahres, 90 Prozent vor Vollendung des 65. Lebensjahres, wird die doppelte Invaliditätsleistung erbracht. Maßgeblich ist das Alter der versicherten Person bei Eintritt des Unfalls. Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 Euro beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei demselben oder anderen Versicherern weitere Luftfahrt-Unfallversicherungen, die die gleichlautende Begrenzung der Versicherungssumme enthalten, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.
		6.1.2.8	Stirbt die versicherte Person – aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall, und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leistet der Versicherer nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

6 Leistungsarten und -umfang

6.1	Invaliditätsleistung
6.1.1	Voraussetzungen für die Leistung:
6.1.1.1	Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität). Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und beim Versicherer geltend gemacht worden.
6.1.1.2	Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
6.1.2	Art und Höhe der Leistung:
6.1.2.1	Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalbetrag gezahlt.
6.1.2.2	Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
6.1.2.3	Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:
	Arm im Schultergelenk 70%
	Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenkes 65%
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenkes 60%
	Hand im Handgelenk 55%
	Daumen 20%
	Zeigefinger 10%
	anderer Finger 5%
	Bein über der Mitte des Oberschenkels 70%

6.2	Todesfalleistung
6.2.1	Voraussetzungen für die Leistung: Die versicherte Person ist infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 9.5 wird hingewiesen.
6.2.2	Höhe der Leistung: Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

7 Leistungseinschränkung bei Krankheiten oder Gebrechen

7.1	Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich – im Fall einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, – im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, unterbleibt jedoch die Minderung.
-----	---

8 Fälligkeit der Leistungen

8.1	Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen: – Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen, – beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
-----	---

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer

– bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Summe.

8.2 Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen.

8.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlt der Versicherer – auf Wunsch – angemessene Vorschüsse. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

8.4 Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss vom Versicherer zusammen mit seiner Erklärung über die Leistungspflicht nach Ziffer 1, vom Versicherungsnehmer spätestens 3 Monate vor Ablauf der Frist, ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als der Versicherer bereits erbracht hat, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

9 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

9.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten. Die versicherte Person hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und die Unfallfolgen möglichst zu mindern.

9.2 Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.

9.3 Die versicherte Person hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer.

9.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind ermächtigt, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

9.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dies innerhalb von 48 Stunden anzuzeigen, auch wenn der Unfall schon gemeldet ist. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

10 Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

10.1 Verletzt der Versicherungsnehmer oder einer seiner Repräsentanten vertraglich vereinbarte Obliegenheiten vorsätzlich, so ist der Versicherer leistungsfrei. Verletzt der Versicherungsnehmer oder einer seiner Repräsentanten eine vertraglich vereinbarte Obliegenheit grob fahrlässig, so ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

10.2 Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles, noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistungspflicht ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

10.3 Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit hat zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

11 Kündigung nach Versicherungsfall

11.1 Nach Eintritt eines Versicherungsfalles können beide Parteien den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens einen Monat nach dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung in Textform zugegangen sein.

Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach Ihrem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach Ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

11.2 Bei der vorzeitigen Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit durch das Gesetz nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

12 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

12.1 Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als nach seiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme der Versicherer in Textform Fragen im Sinne des Satzes 1 stellt.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers oder einem Vertreter ohne Vertretungsmacht geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als habe er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

12.2 Rücktritt

Verletzt der Versicherungsnehmer die Pflichten nach Ziffer 12.1, so ist der Versicherer berechtigt, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

12.2.1 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Der Versicherer hat in diesem Fall aber das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer von dem Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Dem Versicherer stehen die Rechte nach Ziffer 12.2.1 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Erhöht sich infolge einer Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos kündigen. Die Kündigung muss dem Versicherer in Textform zugehen.

12.2.2 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war, es sei denn der Versicherungsnehmer hat die Anzeigepflicht arglistig verletzt. Dem Versicherer steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

12.3 Kündigung

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

12.4 Rückwirkende Vertragsanpassung

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos in Textform kündigen.

12.5 Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer muss die ihm nach Ziffer 12.2 bis 12.4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Er hat die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Ziffern 12.2 bis 12.4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer kann sich auf die in den Ziffern 12.2 bis 12.4 genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrenzustand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

12.6 Anfechtung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13 Fristen

13.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann.

13.2 Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

13.3 Hat der Versicherer den Versicherungsschutz abgelehnt, ist der bestrittene Versicherungsanspruch binnen einer Frist von sechs Monaten gerichtlich geltend zu machen. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Anspruchsberechtigte unter Hinweis auf die Rechtsfolgen der Fristversäumung vom Versicherer davon in Kenntnis gesetzt worden ist.

14 Anzuwendendes Recht, zuständiges Gericht

14.1 Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

14.2 Klagen gegen den Versicherer

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

14.3 Klagen gegen den Versicherungsnehmer

Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ihn bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthaltes zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach dem Sitz oder der Niederlassung des Versicherungsnehmers. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Personengesellschaft ist.

15 Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung

15.1 Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

15.2 Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers.

15.3 Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen der Ziffer 15.2 entsprechende Anwendung.

16 Besondere Bedingungen für Zusatzleistungen

Ergänzend zu Ziffer 6 AVB 210/2017 erbringt der Versicherer ohne zusätzlichen Beitrag die nachfolgend beschriebenen Zusatzleistungen.

Bestehen für die versicherte Person bei demselben Versicherer weitere Luftfahrt-Unfallversicherungen, können die Zusatzleistungen jeweils nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

1 Mitversicherung von Bergungskosten

1.1 Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe des dafür vereinbarten Betrages die entstandenen notwendigen Kosten für:

1.1.1 Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.

1.1.2 Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet.

1.1.3 Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.

1.1.4 Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.

1.2 Hat die versicherte Person für Kosten nach Ziffer 1.1.1 einzustehen, obwohl sie keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.

1.3 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

2 Kosmetische Operationen

2.1 Voraussetzungen für die Leistungen:

2.1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

2.1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

2.1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2.2 Art und Höhe der Leistungen

2.2.1 Der Versicherer leistet insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene

– Arzthonorare und sonstige Operationskosten

– notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus

2.2.2 Der Versicherer leistet nicht Ersatz für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.

17 Anpassung des Beitrages

17.1 Der Beitrag des jeweils abgeschlossenen Versicherungsvertrages wird unter Berücksichtigung der in unseren Kalkulationsgrundlagen niedergelegten Beitragsfaktoren (z. B. Schaden- und Kostenaufwand, Bestandszusammensetzung, Stornoquote) für eine ausreichend große Anzahl gleichartiger Risiken eines Tarifs (Bestandsgruppe) unter Beachtung der anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik ermittelt.

17.2 Der Versicherer überprüft jährlich unter Berücksichtigung der tatsächlichen Werte der letzten 3 Kalenderjahre, ob sich die von ihm kalkulierten Werte der einzelnen Bestandsgruppen bestätigt haben. In der Unfallversicherung beschränkt sich die Überprüfung auf die für die Erbringung von Hilfs- und Pflegeleistungen durch externe Dienstleister kalkulierten Kosten. Unternehmensübergreifende Daten dürfen für den Fall herangezogen werden, dass eine ausreichende Grundlage unternehmenseigener Daten nicht zur Verfügung steht.

- 17.3 Bei einer Abweichung ist der Versicherer zu Beginn jeder Versicherungsperiode berechtigt, die für bestehende Verträge geltenden Beiträge auch soweit diese für erweiterten Versicherungsschutz vereinbart sind, für die einzelnen Bestandsgruppen anzupassen, wenn
- a) die Abweichung auf Veränderungen der unternehmensbezogenen Beitragsfaktoren beruht, die seit Vertragsabschluss bzw. der letzten Beitragsanpassung eingetreten sind und weder vorhersehbar noch beeinflussbar waren und
 - b) die Abweichung mindestens 3% beträgt.
- Der neue Beitrag ist unter Beachtung der anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik den tatsächlichen Werten angemessen anzupassen.
- Er darf nicht höher sein als die Beitragssätze des Tarifs für neu abzuschließende Verträge mit gleichen Tarifmerkmalen und gleichem Deckungsumfang.
- Kostenveränderungen, die aufgrund der vertraglich vereinbarten Bedingungen in die Anpassung eingeflossen sind, bleiben unberücksichtigt. Ist der Beitrag nach der festgestellten Abweichung zu senken, so ist der Versicherer dazu verpflichtet.
- 17.4 Der neue Beitrag wird mit Beginn der nächsten Versicherungsperiode wirksam. Für eine Beitragserhöhung gilt dies aber nur, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Beitragserhöhung unter Hinweis auf den Unterschied zwischen altem und neuem Beitrag einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und ihn in Textform über sein Recht nach Nr. 17.6 belehrt haben.
- 17.5 Sieht der Versicherer von einer Beitragserhöhung ab, ist die festgestellte Abweichung bei der nächsten Anpassung zu berücksichtigen.
- 17.6 Bei Erhöhung des Beitrags kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers, mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, in Textform kündigen. Anderenfalls wird der Vertrag mit dem geänderten Beitrag fortgeführt.